

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Bakalářská práce

Michaela Matušková

Sexualita u osob se zdravotním postižením

Sexuality among people with disabilities

Praha, 2016

Vedoucí práce: prof. PhDr. Jiří Šípek, CSc., Ph.D.

Děkuji vedoucímu mé práce, prof. PhDr. Jiřímu Šípkovi, CSc., Ph.D., za trpělivost a ochotu a při vedení mé bakalářské práce. A hlavně mu děkuji za podporu a důvěru, kterou ve mě po celou dobu psaní práce vkládal.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 27. 7. 2016

.....
Michaela Matušková

Abstrakt:

Bakalářská práce se zabývá problematikou sexuality u osob se zdravotním postižením. Sexualita je zde nejprve představena jako jeden z prvků celkového zdraví a dále jsou nastíněny způsoby její realizace. Jelikož se celá práce na problematiku dívá skrze sociální model zdravotního postižení, neopomím uvést sociální bariéry, které stojí v cestě k uspokojování sexuálních potřeb osob se zdravotním postižením ani možné intervence k odstranění těchto bariér. Cílem práce bylo zmapování dostupných možností uspokojení sexuálních potřeb u osob se zdravotním postižením a jejich specifika. Návrh empirického šetření zkoumal působení způsobu realizace sexuality na její aspekty, sexuální sebevědomí a sexuální depresi. Pro tuto výzkumnou část byla použita Škála sexuality (Sexuality scale).

Klíčová slova:

sexualita, zdravotní postižení, sociální model, sexuální asistence

Abstract:

The bachelor thesis deals with a topic of sexuality of people with disabilities. At the beginning, sexuality is introduced as a part of a global phenomenon of health, including brief description of ways of its realization. Social barriers, which disallow fulfilling sexual needs of people with disabilities and their intervention, are also mentioned in a context with social model of handicap. The aim of the thesis was to map reachable opportunities of fulfilling sexual needs for people with handicap and their specificity. The empirical part of the thesis investigated ways of realization of sexuality, its aspects, sexual confidence and sexual depression. Sexuality scale was used for this part.

Keywords:

sexuality, people with disabilities, social model, sexual assistance

Obsah

Úvod.....	8
LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST	10
1. Zdravotní postižení	10
2. Sexualita.....	11
2.1 Sexuální zdraví	13
2.2 Sexualita a well-being.....	13
3. Způsoby realizace sexuality u osob se zdravotním postižením	14
3.1 Právo na stejnost i odlišnost.....	15
3.2 Sexuální asistence	16
3.3 Nová sexuální kultura	19
4 Genderová specifika	20
5 Bariéry sexuality u osob se zdravotním postižením	22
5.1 Ableism.....	24
5.2 Body fascism.....	25
5.3 Inaccessibility	26
5.4 Nedostatek soukromí	27
5.5 Ekonomické nevýhody	27
5.6 Nedostatečná edukace.....	27
6 Intervence.....	28
NÁVRH VÝZKUMU	31
1. Cíle.....	31
2. Vymezení výzkumného problému	31
3. Charakteristika výzkumného souboru	32
4. Metody a postup sběru dat	33
5. Analýza dat	34
6. Limity výzkumu.....	35

Závěr	37
Seznam použité literatury	39

Úvod

I přesto, že se se sexuální tematikou v dnešní době setkáváme naprosto běžně nejen v soukromém životě, ale i na veřejných místech, jsou v této oblasti stále tabuizovaná místa. Jedním z těchto tabu je sexualita u osob se zdravotním postižením. Raději celou svou pozornost zaměřujeme na odstranění diskriminace v zaměstnání či ve vzdělání těchto osob, než abychom je museli vnímat jako sexuální bytosti a zabývat se jejich touhy a chťiči. Sexualita stále v očích mnohých patří mladým, zdravým, atraktivním lidem. Takové stereotypy v našem uvažování pak uzavírají cesty do této oblasti všem skupinám, které svými charakteristikami do tohoto konceptu nezapadají.

V posledních letech se pozornost nejen vědeckých prací, ale i široké veřejnosti postupně obrací směrem k úvahám o možnostech naplnění sexuálních potřeb u osob se zdravotním postižením a negativními dopady, pokud jsou tyto potřeby trvale ignorovány. V České republice vznikla v roce 2014 nová služba sexuální asistence, která v médiích otevřela zájem o tuto oblast. Tato služba je podrobena mnohým diskuzím o její prospěšnosti i nevýhodách. Psychologie v těchto debatách má své nezastupitelné místo, jelikož sexualita je součástí osobnosti a identity člověka, a tedy její realizace a vlivy na zdraví nemohou být naším oborem opomenuty.

Proto se tato práce zaměřuje na sexuální zdraví, jeho působení na zdraví celkové a možnosti realizace sexuality dostupné v dnešní době osobám se zdravotním postižením. Tato problematika je zde nazírána ze sociálního pohledu, tedy přidává jako činitele v této oblasti společnost a její působení. Přístup ke zdravotnímu postižení skrze sociální model koreluje se současnými trendy výzkumu této problematiky, proto je i bakalářská práce směřována tímto směrem. Hlavním cílem práce je zjistit, jak působí realizace sexuality skrze současné možnosti na aspekty sexuality, jakými jsou sexuální sebevědomí či sexuální deprese. Mezi dílčí cíle patří vymezení důležitosti sexuality pro zdraví jedince a prozkoumání problematiky z hlediska sociálního pojetí, které považuje společnost za hlavní příčinu znevýhodnění.

Na Univerzitě Karlově v Praze nebyla nalezena žádná práce na stejné téma. Většina prací z oblasti sexuality a zdravotního postižení se úzce zaměřuje na osoby mentálním postižením či na problematiku sexuálního zneužívání osob se zdravotním postižením. Na Masarykově univerzitě v Brně se tématem zabývalo mnoho studentů z různých fakult. Obsáhlou prací z pohledu sociologie je v této oblasti diplomová práce Urbančíkové na téma Sexuální asistence u handicapovaných. Sexualitou handicapovaných z medicínského pohledu

se v českém prostředí zabývá Šrámková a poměrně novou prací v této oblasti je i publikace Eisnera a Venglářové.

Podklady pro tuto práci byly převážně odborné zahraniční články. Tyto články z velké části pochází z periodika „Disability and sexuality“ v překladu Postižení a sexualita, který se zaměřuje na psychologické a medicínské aspekty sexuality v oblasti rehabilitace a nastavení společnosti. Vzhledem k využití převážně zahraniční literatury se v práci vyskytují anglické termíny. Jejich překlady a případná vysvětlení zajišťovala autorka této práce.

LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST

1. Zdravotní postižení

Definice pojmu zdravotní postižení není jednotná a liší se dle jednotlivých odvětví, která se jím zabývají. Obecná shoda v tomto směru nepanuje ani v odborných kruzích - z tohoto důvodu autorka bakalářské práce považuje za přínosnější vymezit pojem skrze modely, díky nimž jej lze lépe teoreticky uchopit. V současných zdrojích nacházíme téměř shodnou kategorizaci těchto modelů (Lechta, 2010; Pančocha, 2013). Jednotlivé přístupy představují určité kontinuum od úplného zaměření na jedince v tradičním pojetí až k úplnému obrácení ke společnosti v pojetí sociálním.

V tradičním chápání zdravotního postižení je centrálním prvkem nevratné poškození, které jedince staví mimo společenskou normu a může způsobovat somatopsychické poruchy a obtíže v sociálních interakcích (Zászkaliczký v Lechta, 2010). Navazující model je nazýván medicínský či lékařský, protože vnímá zdravotní postižení jako nemoc, a je tedy svým přístupem téměř totožný s tradičním pojetím (Pančocha, 2013). Obě tyto přístupy jsou problematické z hlediska labellingu a segregace jedince ze společnosti v důsledku onemocnění, vady či omezené funkce. Začlenění je možné pouze v případě uzdravení či nápravy poškození. Funkční model pak takto rehabilitované jedince již nepovažuje za osoby s postižením (Pančocha, 2013). I v tomto pojetí je však společnost stále rozdělena na osoby přirozeně funkční a ty, které mají tuto funkčnost sniženu.

Na základě předchozích nevyhovujících konceptů vznikl interakční model, který je orientován více na vztahy s okolím, než na jedince samotného (Zászkaliczký v Lechta, 2010). V rámci takových vztahů dochází ve společnosti často ke stigmatizaci na základě odlišnosti (nemusí jít pouze o osoby se zdravotním postižením). Na jedné straně je tedy znevýhodnění determinované samotným zdravotním stavem a na straně druhé postoj společnosti. Na té následně záleží, jak bude k takovým jedincům přistupovat, zda je začlení či segreguje (Opočenská, 2014).

Přímo z komunity osob se zdravotním postižením vychází poslední ze současných přístupů, a to sociální model (Opočenská, 2014). Ten považuje za příčinu veškerých omezení společnost, tedy říká, že veškerá znevýhodnění plynou z daných společenských podmínek, ve kterých je společně se svým zdravotním stavem ukotven (Pančocha, 2013).

V zahraničních zdrojích můžeme také najít koncept funkční diverzity, podle kterého mají osoby se zdravotním postižením stejné funkce jako všichni ostatní, pouze v odlišné formě. Například

mají funkci pohybovou, ale ve formě invalidního vozíku namísto nohou (Romaňach & Lobato, 2005). Analogicky tedy mají i funkci sexuální, jen může být také v jiné formě. Změna v tělesné funkčnosti či chování je považována za běžnou součást lidské diverzity, které by mělo být přizpůsobeno okolí tak, aby funkce mohla být, byť třeba v jiné formě, realizována (Romaňach & Lobato, 2005). Tedy pokud dochází ke znevýhodnění některých jedinců, není to z důvodu jejich diverzity (která je přirozená), ale z důvodu nemožnosti využívat danou funkci v odlišné formě.

Výše uvedený přehled modelů slouží jako orientační základ pro nahlížení na jednotlivé zdroje. V této bakalářské práci jsou použity převážně studie, ve kterých se ke zdravotnímu postižení přistupuje skrze sociální model či koncept funkční diverzity, případně dle pojetí interakčního. Tyto studie tedy nenahlíží na postižení jako na fyzický problém, ale zaměřují se na společenské bariéry (Galvin, 2005). Výhodou těchto modelů je pohled na zdravotní stav jedince jako na přirozenou rozmanitost mezi lidmi, tedy je zde patrná snaha o normalizaci takového stavu.

Například Dupras (2015) uvádí, že limitace v oblasti sexuality vychází nejen ze samotného zdravotního stavu, ale také z přístupu okolí, blíží se tedy nejvíce interakčnímu modelu. Podle Shakespeara (Shakespeare, 1999) nejsou pocity nedostačivosti, zbytečnosti a sebeobviňování výsledkem zdravotního postižení, ale reakcí na okolí. Ústředním tématem těchto studií jsou tedy převážně jedinci situovaní ve specifických sociálních situacích určených normativním systémem společnosti a jejich psychická adaptace na tyto podmínky.

2. Sexualita

V této kapitole je zobrazena sexualita ve svém odborném i stereotypním pojetí a v omezeném rozsahu je představen i koncept sexuálních skriptů. Dále práce zdůrazňuje význam sexuality, který je ukotven v sexuálním zdraví.

Sexualita je základním prvkem lidské identity (Coleman, 2008). Můžeme říci, že se sexualita rozvíjí na úrovni sexuální identity a na úrovni sexuální intimity (Baštecká ve Vodáčková, 2012). Sexuální identita, jak je odborně nazván pocit příslušnosti k určitému pohlaví, zahrnuje subjektivní pocit (ne)souznění s vlastním tělem (Weiss & Fifková, 2010). Sexuální intimitou se rozumí romantický či sexuální vztah s druhou osobou či masturbace (Baštecká ve Vodáčková, 2012).

Zahraniční výzkumy používané dále v této práci rozdělují prvky sexuální identity na sexuální a tělesné sebevědomí. Sexuální sebevědomí můžeme definovat jako: „důvěru ve vlastní

schopnost realizovat svou sexualitu tak, aby byla příjemná a uspokojivá“. Tělesné sebevědomí se pak vztahuje k celkovému pozitivnímu či negativnímu hodnocení těla (Taleporos & McCabe, 2002a, str. 159).

Z této definice sexuality je patrné, že bychom sexualitu neměli omezovat pouze na pohlavní styk, jak bývá laicky často vnímána, ale chápat ji jako komplexní aspekt lidské identity, který kromě sexuálních aktivit zahrnuje také například sociální vztahy či tělesný vzhled (Hillman podle Gott, 2005). U osob se zdravotním postižením, u kterých není pohlavní styk uskutečnitelný, je obzvlášť důležité rozšířit tuto nepřesnou představu. Podobné společenské stereotypy u osob se zdravotním postižením vyvolávají negativní pocity směrem k sexualitě, a oni tak mohou podléhat přesvědčení, že jsou asexuální (Tepper, 2000). Jak však píše Kozierová: „Všichni lidé bez rozdílu se rodí se sexuálními potřebami, i když individuálními, různě intenzivními a různým způsobem prožívanými. Neexistuje žádný přímý vztah mezi postižením, inteligencí a sexualitou“ (Kozierová podle Volfová et al., 2008, str. 15). To, že se sexualita interindividuálně liší, je důsledkem toho, že je částečně ovlivněna biologickými předpoklady a dále modifikována prostředím (Weiss & Fifková, 2010).

Právě prostředí je dle Griffiths (2006) zásadní příčinou, proč mají lidé se zdravotním postižením problém plně realizovat svou sexualitu. V rámci vývoje integrujeme sexualitu do své psychiky skrze kulturní normy, interpersonální vztahy a intrapsychické procesy a vytváříme si tak tzv. sexuální scénáře (skripty), ať už na implicitní tak na explicitní úrovni (Gagnon & Simon, 2005). Tyto scénáře nám říkají, jak vypadá současná norma a co je považováno za akceptovatelné sexuální chování (Griffiths, 2006). V médiích, kultuře a rodinné politice je pak běžně prezentováno sexuální chování v souladu s těmito skripty (Foucault, 1990 podle Bahner, 2012). V naší kultuře se za normu považuje typicky heterosexuální, nepostižený monogamní pár ve stejné generaci, který má normální (tzv. vanilla¹) sex v soukromí (Rubin ve Vance, 1984). Osoby se zdravotním postižením však nikdy do této „normy“ nezapadaly (Griffiths, 2006). O tom, jak takové propagování výlučně jednoho způsobu realizace sexuality působí na psychiku osob se zdravotním postižením, bude autorka hovořit v kapitole 5. Bariéry sexuality u osob se zdravotním postižením.

Tyto sexuální scénáře formují sexualitu i u osob se zdravotním postižením, což je například důvod, proč je pro mnohé z nich nepřijatelné, že by jim měl někdo pomáhat v sexuálních

¹ Označení vanilla sex je používáno pro takové sexuální chování, které je v dané kultuře obvyklé, v naší kultuře například misionářská poloha (Kubík, 2010).

situacích, které jsou kulturně považovány za privátní oblast (Wiegerink, Roebroek, Bender, Stam, & Cohen-Kettenis, 2011).

2.1 Sexuální zdraví

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje sexuální zdraví takto: „Stav psychického, emocionálního, mentálního a sociálního well-being ve vztahu k sexualitě; nejde pouze o absenci nemoci, poruchy či vady... Sexuální zdraví zahrnuje pozitivní a respektující přístup k sexualitě a sexuálním vztahům, stejně jako možnost zažívat příjemné a bezpečné sexuální zkušenosti bez nátlaku, diskriminace a násilí.“ (WHO, 2006, str. 5).

Podle WHO (2006) musí být sexuální práva všech lidí respektována, chráněna a naplněna, aby bylo možné dosáhnout sexuálního zdraví. Appel (2010) zdůrazňuje, že toto právo se nevztahuje pouze na sexuální uspokojení, ale také na vztahy, které takové uspokojení přináší. Jak napsala organizace Health, Empowerment Rights and Responsibility (1998), sexuální zkušenosti jsou důležité nejen samy o sobě ve vztahu ke zdraví jedince, ale jsou také základním prostředkem pro komunikaci a vyjádření lásky mezi lidmi. Sexualita jako zdroj potěšení a způsob vyjádření lásky však není společensky přijatelná u menšin, jako jsou lidé s postižením (Tepper, 2000).

2.2 Sexualita a well-being

Sexuální zdraví je součástí zdraví celkového, tedy sexualita působí na well-being. V současnosti je sexualita výrazně centrálním prvkem lidské osobnosti a její vyjádření může přinést benefity jak pro emoční, tak i fyzický stav jedince (Griffiths, 2006). Realizace sexuality a navazování intimních vztahů pomáhají emocionálnímu well-being, a tím zlepšují celkovou kvalitu života; z toho důvodu by měli mít všichni lidé stejný přístup k její realizaci (Tepper, 2000). Negativní postoj společnosti a psychosociální bariéry nejenže zabraňují získání těchto benefitů v oblasti well-being, ale přímo negativně působí na duševní zdraví (WHO, 1981).

Nemožnost realizovat svou sexualitu ve společnosti, která ji staví na přední místa lidské identity a životního stylu, má zásadní vliv na zdraví jedince, zejména na jeho sebevědomí (Griffiths, 2006). Heydari et al. (podle Salehi, 2015) ukázali, že existuje rozdíl mezi sebevědomím u studentů se zdravotním postižením a studenty bez zdravotního postižení; rozdíl byl také pozorován u spokojenosti se životem. V oblasti patologie pak existuje větší výskyt deprese u osob se zdravotním postižením spojený se sexualitou (Taleporos & McCabe, 2002b). Někteří tuto (nazíranou) ztrátu schopnosti mít sex dokonce spojují se ztrátou lidského statusu (Siebers podle (De Boer, 2015). Přes důležitost sexuality v našem životě však často nedochází k uznání

osob se zdravotním postižením jako sexuálních bytostí (De Boer, 2015). Přitom, jak vyplývá z výzkumu Taleporos a McCabe (2002), je spojitost sexuality s well-being silnější právě u nich v porovnání s lidmi bez zdravotního postižení. Ačkoli jsou jejich sexuální potřeby vysoko, mají v průměru méně často sex než osoby bez postižení (McCabe & Taleporos, 2003).

Sexuální uspokojení je podle některých základní potřeba podobná spánku či jídlu (Aloni, Keren, & Katz, 2007; Mona, 2003). Je znám například jeho analgetický efekt (Whipple, Richards, Tepper, & Komisaruk, 1996). Hormony vyplavené při sexu pozitivně působí na lidské zdraví a imunitu (Šrámková, 2013). Johnson (podle (Tepper, 2000)) uvádí, že nám příjemné pocity spojené se sexem umožňují cítit se jako kompetentní lidská bytost; pomáhají nám cítit se naživu (Tepper, 2000). Sanders (2006) dodává, že velkou roli hraje pouhý lidský kontakt a že nemusí jít nutně o sex. Sex umí uzdravit emoční izolaci (Tepper, 2000) a láskyplný dotek má zase vliv na fyzické a emoční well-being (Davies, 2000). Podobné účinky mohou mít i dotyky například při masáži (Mandzáková, 2013).

Tento přehled vlivů sexuality na well-being nás přivádí na otázku, zda je esenciální potřebou fyzické uspokojení plynoucí ze sexu (Mona, 2003), či je to spíše intimita a spojení (Shakespeare, 2000), které souvisí s pozitivním vlivem na naše zdraví. Ve prospěch intimity a spojení mluví jeden z výsledků McCabe a Taleporose (2003), který říká, že četnost sexu není prediktorem spokojenosti. Dále tomu nasvědčují i poznatky (MacDougall & Morin, 1979), kteří říkají, že nízká sexuální sebedůvěra a uspokojení u lidí s těžším zdravotním postižením koreluje s limitovaným či méně aktivním romantickým životem, než mají lidé bez postižení. Ze sexuálního styku však často vychází jak fyzické uspokojení, tak pocity intimity a spojení, je tedy těžké rozlišit jejich působení.

3. Způsoby realizace sexuality u osob se zdravotním postižením

Tato kapitola představuje možnosti realizace sexuality u osob se zdravotním postižením s ohledem na to, že mají v této oblasti stejná práva jako všichni ostatní, ale současně mohou být realizována odlišným způsobem. Je zde v omezeném rozsahu představen koncept sexuální asistence i potřeba vytvoření nové sexuální kultury.

V dnešní době je trendem snaha o inkluzi všech osob, v oblasti sexuality stejně jako i v dalších oblastech života. U lidí se zdravotním postižením má tato sexuální inkluze dva stupně. Zaprvé je nutné uznat takového jedince sexuální bytostí a za druhé umožnit mu začlenění skrze sexuální praktiky (De Boer, 2015).

Osoby se zdravotním postižením jsou velmi často považovány za asexuální nebo pudově hypersexualizované (García & Álvarez, 2014). Pokud nejsou nazíráni jako asexuální, je jejich sexualita považována za výrazně odlišnou a nesprávnou z hlediska běžného provozování sexu (De Boer, 2015). Případně je jejím členům přisuzováno tzv. třetí pohlaví (Shakespeare, 1999) – takové vnímání naznačuje například označení toalet, které u osob se zdravotním postižením často nejsou rozděleny na pánské a dámské, ale představují jednu odlišnou skupinu stojící mimo (De Boer, 2015). Výpovědi osob se zdravotním postižením na toto téma ukazují, že v oblasti sexuality stále existuje stereotypní uvažování, které je považuje za asexuální na základě toho, že jsou tyto osoby vnímány často jako nedospělé až infantilní (De Boer, 2015). Jsou tak i v dospělém věku například vyloučeny z debat o sexu, ať už svým nebo cizím (O'Brien, 1990).

Lidé se zdravotním postižením také bojují s tím, že jsou viděni jako neatraktivní, proto je pro ně těžké najít si partnera. Je to problém, kterým je třeba se zabývat a více bude zmíněn v kapitole 5. Bariéry sexuality u osob se zdravotním postižením. Svoji roli zde hraje společenské nastavení ideálu krásy, síly a absence sexuálního vyobrazení osob se zdravotním postižením v médiích, ale i evoluční chování. My však můžeme uznat, že daný jedinec je sexuální bytost, přestože nám nemusí připadat atraktivní a nemusíme s ním chtít mít sex (De Boer, 2015).

Druhou částí inkluze je možnost začlenění se skrze realizaci své sexuality. Nicméně začlenění zde nemusí být chápáno jako konformita s normami, které existují v sexualitě u osob bez zdravotního postižení. Ve chvíli, kdy členy této skupiny uznáme jako sexuální bytosti, měli bychom chránit i identitu a preference jejích členů (Dupras, 2015; Venglářová & Eisner, 2013).

3.1 Právo na stejnost i odlišnost

Současný trend ve výzkumu sexuality u osob se zdravotním postižením lze ilustrovat přístupem Duprase (2015), který se výrazně zaměřuje na roli společnosti v této problematice a ukazuje cesty, kterými se v rámci intervence či rehabilitace můžeme dát. Ve své práci *Sexual rights of disabled persons: Between uniformity and diversity* uvádí dva přístupy k sexualitě u osob se zdravotním postižením. Oba se zakládají na právech, která tyto osoby stejně jako všechny další živé bytosti nezcizitelně mají. Prvním z nich je právo na stejnost a druhým právo na odlišnost.

Uznání toho, že jsme stejní, je základem pro vnímání osob se zdravotním postižením jako rovných všem ostatním (Moyse, 2007 podle Dupras, 2015) a nezbytným předpokladem pro vzájemnou otevřenost a toleranci (Dupras, 2015). K dosažení takového stavu je nutná raná

edukace, která bude učit děti o vzájemné podobnosti lidí se zdravotním postižením a lidí bez zdravotního postižení. Jen tak je možné dosáhnout změny v celospolečenském myšlení, ne skrze monitoring a sankce (Dupras, 2015). Splynutí se společností zajišťuje nejen toleranci dílčích odlišností, ale také solidaritu a koherenci jejích členů (Bourricaud, 2008 podle Dupras, 2015). Avšak měli bychom se vyvarovat přílišné snahy o začlenění, jejíž cenou by byla ztráta emancipace (Dupras, 2015).

Z toho důvodu existuje ještě právo na odlišnost a Dupras (2015, str. 61) se ptá: „Měli bychom chtít po lidech se zdravotním postižením, aby se takto integrovali do společnosti skrze konformitu nebo bychom je měli podporovat ve vytvoření nové formy sexuálního života?“ Podle některých autorů mají lidé s postižením inovativní sílu změnit sexuální normy (Brasseur podle Dupras, 2015). Proto by se neměli uzavírat do záležitostí jako je sexuální asistence, ale měli by rozvíjet nové způsoby realizace své sexuality. Je nutné připustit, že tato služba s sebou přináší určité nevýhody, například schvalování objektifikace žen a používání jejich těla k uspokojení mužů (Jeffreys, 2008) či medicinizace sexuality u osob se zdravotním postižením (De Boer, 2015; Dupras, 2015). De Boer (2015) však zdůrazňuje, že v první řadě by nás mělo zajímat, zda je vůbec zajištěn přístup k dosažení sexuálního zdraví všem skupinám a až poté se můžeme ptát, zda je komerční sex tou nejlepší cestou k jeho získání a uchování u osob zdravotním postižením.

3.2 Sexuální asistence

Ačkoli ve Spojených státech amerických či v některých evropských zemích funguje tato služba již desítky let, do České republiky se dostala v roce 2014 v rámci programu organizace Rozkoš bez rizika (Sexuální asistence, 2014).

Pro sexuální asistenci, jak je tato služba nazvána u nás po vzoru zahraničních kolegů (Šídová podle Urbančíková, 2015) existuje celá řada dalších pojmenování. V USA je dle De Boer (2015) často používáno „sex surrogacy“ v překladu sexuální náhrada či „surrogacy partner“ v překladu náhradní partner. Dále je využíván pojem „sex therapy“ v překladu sexuální terapie (Davies, 2000). Na evropském kontinentu se můžeme setkat s „Körper-Kontakt-Service“ v překladu servis tělesného kontaktu (Šídová, Poláková, & Malinová, 2013). Nejednotná terminologie souvisí s nejednotným konceptem, co do sexuální asistence patří a co ne. Někteří tuto službu zaměňují s intimní asistencí (v zahraničí se můžeme setkat s pojmem sexuální facilitace), která zahrnuje například edukaci ohledně sexuality, praktik či erotických pomůcek (Sexuální asistence, 2016), naproti tomu sexuální asistence může být i aktivní (Šídová et al.,

2013). Cohen-Green (podle De Boer, 2015) definuje náplň sexuální asistence jako mix edukace, exploração a sexuální hry, vždy se však odvíjí dle potřeb daného klienta.

Problematika sexuální asistence znovu otevřela zájem o sexualitu lidí se zdravotním postižením (Dupras, 2015). Záměrem jejího vzniku bylo těmto lidem poskytnout podmínky k dosažení pocitu autonomie, integrity, sebeurčení a well-being v oblasti sexuality srovnatelné s osobami bez zdravotního postižení (SFS podle Bahner, 2012). Přesto však existuje mnoho odpůrců, kteří se kloní spíše k vytvoření vlastní sexuální kultury. Na následujících řádcích autorka uvede jejich námítky.

Vzhledem k našim kulturním zvyklostem, které sex za peníze považují za něco mimo normu, budí problematika sexuální asistence kontroverzi nejen v České republice, ale i v dalších zemích. Tedy i přes záměr vyrovnat podmínky pro osoby se zdravotním postižením, je tato služba může stavět do pozice přezírané menšiny, zejména proto, že sex za peníze je stále považován za něco nečistého (Griffiths, 2006). Může tak docházet k větší izolaci osob se zdravotním postižením. Tuto narůstající propast může prohloubit také medicinizace spojená se sexualitou osob se zdravotním postižením. Sexualita těchto osob by převážně v rukou odborníků mohla vypadat příliš specializovaně, tedy tak, že by měla být přenechána zcela profesionálům (De Boer, 2015; Dupras, 2015). Jedinci, kteří využívají sexuální asistence, se mohou často cítit více jako objekt prohlídky, než jako sexuální partner (De Boer, 2015). Tato služba také potlačuje otázku, proč jsou osoby se zdravotním postižením podhodnocovány v naší společnosti a vnímány jako asexuální a neatraktivní (Brown, 1994), jelikož se jí společnost nemusí příliš zabývat, pokud poskytuje těmto osobám náhradní možnost uspokojení sexuálních potřeb. To může mít za následek prodloužení či trvalé uvěznění v gender a sexuálních konstruktech. K tomuto názoru se přidává Dupras, který nepovažuje konformitu se společenskými normami za jedinou možnost (2015). V neposlední řadě pak můžeme vnímat nerovnost mezi pohlavími – ve většině zemí existují pouze sexuální asistentky, tedy heterosexuální ženy jsou touto službou ignorovány a podporuje to představu, že ženské tělo je tu pro muže a jeho potřebu (Jeffreys, 2008).

Spory mezi zastánci a odpůrci sexuální asistence mohou pramenit z rozdílného přístupu jednotlivých asistentů. Sexuální asistence se výrazně liší se i v rámci jednotlivých zemí (Griffiths, 2006). Cohen-Green (podle De Boer, 2015) na základě svých zkušeností uvádí rozdíl mezi sexuální asistencí a prostitucí – asistence by měla předat klientovi model zdravého milostného vztahu, což zahrnuje mnohem víc než samotný pohlavní styk, o který jde u prostituce. Podle představ organizace Rozkoš bez rizika má sexuální asistence zajistit zdravý

rozvoj sexuality a jejích projevů u člověka s postižením (Urbančíková, 2015). Zásadní rozdíl je tedy v účelu těchto dvou služeb. Je také zdůrazněno, že ačkoli existují námitky proti této službě, osoby se zdravotním postižením stejně využívají služeb sexuálních pracovníků (prostituce). Oproti nim však sexuální asistenti poskytují profesionální prostředí a přístup (Griffiths, 2006) a osoby se zdravotním postižením neodmítají, tak jak se to někdy stává u sexuálních pracovníků. Sexuální asistence nemusí pouze nahrazovat partnerský vztah, ale může mít i výhody navíc. Někteří její uživatelé oceňují profesionalitu a upřednostňují ji před nezkušeným partnerem, který by je mohl jak psychicky, tak fyzicky zranit (De Boer, 2015). Nedostatek zkušeností může mít naopak negativní dopad na sexuální well-being (Shildrick, 2005). Tato služba bývá uváděna za zvláště vhodnou pro osoby trpící úzkostí ze své sexuality či obtížemi v komunikaci (Cohen-Green podle De Boer, 2015).

Jak již bylo uvedeno dříve, existují odlišné pohledy na to, co přesně pozitivně působí na zdraví, zda samotné sexuální uspokojení nebo intimita a přijetí. Přesto však i ti, kteří vyhledávají sexuální aktivity za úplatu, hledají v takovém aktu více psychologické aspekty, než ty fyzické (Schlossberger podle Appel, 2010). To potvrzuje i fakt, že kdyby šlo pouze o fyzické uspokojení, mělo by stejné (ne-li lepší) uspokojení plynout z masturbace jako ze sexuálního styku, ale to tak není. I přesto, že jde tedy o předmět obchodu, je pro jeho účastníky uspokojivější (Appel, 2010).

Z uvedeného však můžeme usuzovat na negativní působení z hlediska dlouhodobé perspektivy. Sexuální asistence může jedince se zdravotním postižením v oblasti sexuality ještě více izolovat od většinové společnosti. Neméně důležitý je však její vliv na psychiku, kterou může trvale ovlivnit, a proto se autorka bakalářské práce v návrhu výzkumu bude soustředit na zjištění toho, zda působí zážitek ze sexuální asistence alespoň stejně pozitivně (či lépe) na sexuální sebevědomí, sexuální depresi a obecnou spokojenost v oblasti sexuality jako partnerský sexuální styk.

Tato práce se problematice sexuální asistence věnuje pouze na úrovni současných přístupů k realizaci sexuality u osob se zdravotním postižením z pohledu psychologie. V rámci bakalářské práce je tématu věnován srovnatelný prostor jako tématu nová sexuální kultura, ačkoli v oblasti sexuální asistence existuje nepoměrně více zdrojů. Tyto zdroje zde nejsou zahrnuty ve svém vyčerpávajícím přehledu. Více o této problematice napsala ve své diplomové práci Urbančíková².

² Dostupné zde: https://is.muni.cz/th/386008/fss_m/DP_Urbancikova_2015.pdf

3.3 Nová sexuální kultura

Jak již bylo řečeno, společnost by měla vnímat osoby se zdravotním postižením bez nutnosti vyřazovat je z jakýchkoli oblastí života či usuzovat, že v nich nutně musí být rozdílní. Dle Duprase (2015) sdílí stejné emocionální a sexuální potřeby jako lidé bez zdravotního postižení. Tedy mohou se mezi sebou lišit například v preferencích či orientaci. V roce 2000 proběhla konference LGBT (lesbických, gay, bisexuálních a transgender) osob se zdravotním postižením. Tito lidé také zůstávají single, nebo v celibátu, což je naprosto v pořádku, pokud to tak sami chtějí (Davies, 2000).

Rozvíjení sexuální části osobnosti by se vždy mělo orientovat dle potřeb daného jedince, aniž by to bylo považováno za abnormální (Bahner, 2012). Obzvláště proto, že může být fyzicky nemožné dosáhnout uspokojení v oblasti sexu aktivitami, které jsou považovány za běžné (vanilla sex). Osoby se zdravotním postižením jsou tak nuceny mluvit o specifických svých potřeb a chťích s partnerem – což může být na jednu stranu unikátní příležitost jak se vymanit ze stereotypů, ale může to být také limitace (Kattari, 2015; Taleporos & McCabe, 2001; Tepper, 2000). Pomoc jim nabízí komunita lidí s netradičními sexuálními preferencemi, která chce osobám se zdravotním postižením poskytnout nástroje a podporu ve vytváření komunikace potřebné k vyjádření potřeb (Kattari, 2015). Nicméně toto téma je společné jak pro osoby s postižením, tak bez něj. Potřeba otevřené komunikace v oblasti sexuality je základním prostředkem, kterým předáváme partnerovi informace o pozitivních i negativních pocitech a přáních (Kratochvíl ve Weiss, 2010). Jsou tací, kteří říkají, že postižení může dokonce zahrnovat lepší sex, protože vyzývá ke kreativě a inovaci (Taleporos & McCabe, 2001). Mnohé osoby se zdravotním postižením zjistili, že pokud si naleznou vlastní cesty k vyjádření své sexuality, necítí takový tlak ze strany společenských norem (Shakespeare, Gillespie-Sells, & Davies, 1996). Další výzkumy McCabe a Taleporose (McCabe & Taleporos, 2003) ukazují, že čím déle žijí daní jedinci se zdravotním postižením, tím zažívají v průměru větší radost ze sexu (to může být zapříčiněno například akceptací sexuálních bariér a jejich překonání, zvýšením šance s rostoucími léty potkat někoho kdo je akceptuje či našli jiné způsoby vyjádření a realizace sexuality).

Sanders (2006) uvádí, že lidem s postižením stále chybí vhodné společenské prostředí, které by jim umožnilo vyjádřit svou sexualitu a navázat milostné vztahy. Jak se dá otevřít společnost vůči této menšině? Plummer (podle Dupras, 2015) nabádá osoby se zdravotním postižením, aby mluvili veřejně o své sexualitě, o svých zážitcích. Nejen, aby tak napomohly pochopení většiny, ale také aby upevnily svůj vnitřní postoj k tématu.

4 Genderová specifika

V této kapitole jsou představeny genderová specifika, tedy rozdíly v sexualitě mužů se zdravotním postižením a žen se zdravotním postižením. Tato specifika zahrnují problémové oblasti v sexualitě spojené s genderem, ale i spojitost vnímání vlastní sexuality s vytvářením gender identity u osob se zdravotním postižením.

Výzkumy ukazují, že ženy se zdravotním postižením mají v průměru více zkušeností, vyšší sexuální sebevědomí a nižší sexuální depresi než muži se zdravotním postižením (McCabe a Taleporos, 2003). To, že jsou u nich tyto aspekty sexuality pozitivnější, může být vysvětleno právě tím, že mají více zkušeností. Nicméně Drench (1992) přichází s dalším možným vysvětlením, a to, že ženy jsou zaměřeny na jiné aspekty – vyhledávají především něžnost a emoční sdílení, pro jejich sexuální sebevědomí tedy případné omezení genitálních funkcí nemusí představovat takové ohrožení. Stejně jako u osob bez zdravotního postižení i zde můžeme najít odlišné vnímání sexuality v závislosti na genderu.

Zajímavý, ačkoli ne zcela překvapivým poznatkem jsou genderové rozdíly ve studii Taleporose a McCabe (2002b) – u žen byla výraznější složka tělesná a u mužů sexuální. To může souviset se stereotypy v naší společnosti, tedy se standardem ženské krásy (Posavac, Posavac, & Weigel, 2001) a tlakem na výkon u mužů (Tepper, 1999).

Sexualita s sebou přináší také genderové role. Pokud je lidé nenaplnují, mohou být společností odmítnuti (Gerschick, 2000). U osob se zdravotním postižením může být problematické tuto roli naplňovat. Například muž, který nemůže chodit do práce a finančně podporovat rodinu, v tradičním pojetí mužství selhává (Gerschick, 2000). Genderové konstrukty se projevují i v sexuálním chování – ženy mají pocit, že by měly být pasivní a muži se obávají, že nejsou dost aktivní/dominantní (Donnelly, Burgess, Anderson, Davis, & Dillard, 2001).

Postižení je často asociováno se závislostí a bezmocí, což jsou opozita k charakteristice mužství (Shuttleworth, Wedgwood, & Wilson, 2012). Muži jsou tak svým postižením často demaskulizováni, protože jim neumožňuje být nazírán jako silný, mocný, dominantní a sexuálně asertivní (Rapala & Manderson, 2005). Pokud se s tím neumí vyrovnat, mohou se cítit až desexualizováni (Shuttleworth, 2000).

Problém s vlastní pohlavní identitou mohou mít muži na základě nenaplnění všeobecných představ jak má muž vypadat.

Podle Shakespeara (1999) jsou zde tři strategie, které muži se zdravotním postižením zkoušejí při snaze začlenit se jako sexuální jedinec do společnosti:

1. Přeformulování mužství vlastními slovy,
2. internalizace tradičního pojetí maskulinity,
3. vytvoření alternativní maskulinní identity.

Nejproblematictější je pro muže se zdravotním postižením druhá strategie, tedy snaha naplnit společenské ideály mužství, které jsou pro ně často nedosažitelné.

Velkou roli také hrají již dříve zmíněné mýty, kladoucí rovnítko mezi sex a erekci, penetraci či orgasmus (Zilbergeld, 1999). Mužská sexualita je tradičně falocentrická (Shakespeare, 1999). Je potřeba zdůrazňovat nepenetrační techniky jako validní způsob vyjádření sexuality (McCabe & Taleporos, 2003).

V této oblasti se mluví převážně o mužích (De Boer, 2015) a ženy jsou často opomíjeny. Některé zdroje uvádí, že u většiny žen, které mají zdravotní postižení od dětství, nastává probouzení sexuality později, než u žen bez zdravotního postižení (Howland & Rintala, 2001). Nejsou tolik ohroženy sexuální depresí jako muži, ale větší riziko jim hrozí v oblasti body image, jelikož jsou častěji hodnoceny právě pro svůj fyzický vzhled (Shakespeare et al., 1996). Ačkoli jsou považovány za atraktivnější v porovnání s muži se zdravotním postižením (McCabe & Taleporos, 2003), mnoho z nich se kvůli svému vzhledu cítí neviditelné pro své vrstevníky (Zitzelberger, 2005; Seve`ne, 2014 podle Morales et al., 2016). Špatné tělesné sebevědomí může být příčinou pocitu, že si partnery nemohou vybírat a že zájem ze strany druhé osoby považují za štěstí (Howland & Rintala, 2001). Pokud je žena homosexuální, je to často považováno za znak zmatení v sexuální identitě vzhledem k postižení či neschopnost najít si mužského partnera (Kafer, 2003).

Sexualita a sexuální identita u žen je diskutována především v souvislosti s těhotenstvím a mateřstvím (Lloyd, 2001). Často bojují s předsudky, že jsou neschopné být matkami (Wilkerson, 2002). Společnost se bojí, že dítě by mohlo mít zdravotní problémy nebo by se o něj neuměly postarat (Thomas podle Sheldon in Swain, 2004). V historii proto bylo těmto ženám zakázáno děti mít, proto jsou dodnes např. skeptické k prenatálnímu screeningu a berou ho jako novou strategii eugeniky (Shakespeare, 1998). Podle některých zdrojů u žen se zdravotním postižením stále dochází k nepotřebným sterilizacím a potratům (Fiduccia, 1999).

5 Bariéry sexuality u osob se zdravotním postižením

Tak jako většina současných odborných prací v této oblasti, i tato se ke zdravotnímu postižení dostává skrze sociální model. Práce se nebude v této kapitole zabývat znevýhodněním plynoucím ze samotného postižení, ale z hlediska okolního prostředí, ve kterém jedinec žije, a jež bývá zásadní příčinou nepřístupnosti adekvátní sexuální realizace.

Sexuální identita se vytváří na základě vlastních očekávání a přístupu lidí v okolí (Galvin, 2005), tento proces je však velmi individuální (Thorová & Jůn, 2012). To, jak sexualita u daného jedince vypadá, je tedy částečně dáno společenským prostředím a kulturou (Bernstein & Schaffner, 2005). V naší společnosti je však stále toto téma spojeno s předsudky a ignorací (Shakespeare, 2000). Lidem se zdravotním postižením je předkládáno, že jejich sexualita není přijatelným způsobem jak komunikovat druhému lásku a jak vyjádřit různé chťiče (Tepper, 2000). To vede k tomu, že jsou nejen nazíráni jako asexuální, ale často se tak mohou i cítit (Kattari, 2015). Ačkoli odmítnutí zažíváme každý, osoby se zdravotním postižením se často cítí odmítnutí celí, aniž by cokoli udělali nebo řekli (Galvin, 2005). Reakce okolí vedou k negativnímu sebepojetí, ať už jde o poučování, posmívání či nevěnování pozornosti (Galvin, 2005). Esmail et al. (2010) dodávají, že lidé se zdravotním postižením často přizpůsobují svou sexualitu kvůli negativnímu pohledu okolí. Následky, pokud svou sexualitu neprožíváme autenticky, mohou mít velký dopad na celou osobnost jedince. Lidé se mohou měnit pod tlakem pocitů méněcennosti a nejistoty ve svém vlastním těle (Galvin, 2005). Negativní sexuální zprávy z okolí ovlivňují i představy samotných postižených. Může to pak působit dojmem, že sex a sexuální vztahy jsou k ničemu a v závěru se sami lidé s postižením cítí asexuálně (Tepper, 2000). Některé osoby se zdravotním postižením uvádí, že si sebe neumí představit při sexu, nevidí se za zrcadlem jako sexuální bytosti (Galvin, 2005). Současně pokud si osoba bez zdravotního postižení najde někoho se zdravotním postižením, někteří autoři (např. Neumann v Milligan & Neufeldt, 2001) si myslí, že je to způsobeno absencí zkušeností, jelikož osoby se zdravotním postižením jsou nežádoucí.

Média tento pohled velmi podporují tím, že zobrazují sex převážně jako privilegium bílých, heterosexuálních, mladých, single, nepostižených jedinců (Tepper, 2000). Pro takovou společnost jsou pak páry, kde je jeden či oba postižení, neviditelní (Bahner, 2012). Je to jeden z příkladů toho, jak handicapuje osoby se zdravotním postižením ne zdravotní stav sám, ale sociální prostředí. Kromě vyloučení těchto skupin jako sexuálních objektů, je v médiích podporována propagace stereotypu. Běžně nám ukazují jednu cestu/jeden přístup k sexu

(McRuer, 2006) a potlačují originální projevy. Chybí zde sexuální vylíčení sexuality lidí s postižením (stejně jako lidí starých, velkých, tmavých nebo gay) (Tepper, 2000). Z obrazu v médiích pak vychází nereálné normy, ať už co se týká vzhledu nebo provozovaných aktivit, kterým leckdy nemusí odpovídat ani člověk bez postižení, ale pro některé osoby se zdravotním postižením jsou naprosto nedosažitelné. Osoby se zdravotním postižením potřebují mít ve společnosti vzory postižených těl, sexuality, měly by pořádat „crip pride“³, zkrátka měly by mít svou kulturu (Clare podle Galvin, 2005).

Některé situace v oblasti sexuality jsou u osob se zdravotním postižením stále ignorovány (Bahner, 2012). Federace mladých postižených ve Švédsku vydala příručku, jak si poradit s takovými sexuálními situacemi u osob se zdravotním postižením (Federation of Young Disabled podle Bahner, 2012). Nejen tato příručka, ale i výstupy studií ukazují, že nejdůležitější v této oblasti je komunikace (Bahner, 2012). Bohužel to není tabu jen u profesionálů, rodičů a široké veřejnosti, ale i u samotné komunity osob s postižením (Shakespeare et al., 1996).

Bahner (2012) shrnuje sociální faktory, které osoby se zdravotním postižením znevýhodňují v oblasti sexuality a které můžeme najít shodně u několika dalších autorů (Davies, 2000; Griffiths, 2006; Robert McRuer, 2006; Taleporos & McCabe, 2001). Největší pozornost je věnována tzv. *ableism* (někdy uváděný jako *disabilism*). Ten může být chápán jako diskriminace lidí se zdravotním postižením v širokém slova smyslu; Thompson (2012, str. 111) jej například definuje jako: „Systematickou diskriminaci a předsudky vůči lidem se zdravotním postižením.“ Ačkoli definice naznačuje širší záběr, v této práci je k *ableism* přistupováno jako k souboru předsudků o schopnostech a možnostech vykonávat sexuální aktivity. Jak již bylo zmíněno dříve, základním úkolem je vůbec uznat osoby se zdravotním postižením za sexuální bytosti. Proto je tomuto bodu věnován delší text, než zbývajícím bariérám. Jako další bariéru autoři vidí *body fascism* (někdy také *lookism*), což může být dle Oxfordského slovníku chápáno jako předsudky a diskriminace na základě posuzování toho, jak dobře či špatně člověk zapadá do kulturních standardů krásy (Oxford Dictionaries, 2016). Předposlední uváděnou bariérou je *inaccessibility*, v češtině nepřístupnost, kterou můžeme chápat například jako nedostatek příležitostí a možností k seznamování, případně přílišnou ochranu ze strany rodičů či vedoucích pracovníků v institucích. Posledním z přednesených překážek jsou *ekonomické nevýhody*. Davies (2000) k těmto bodům přidává ještě *nedostatečnou edukaci*.

³ Crip pride v překladu průvod hrdost postižených je koncept inspirovaný LGBT průvody oslavujícími lesbickou, gay, bisexuální a transgender kulturu

5.1 Ableism

Dle studií (např. (Bahner, 2012)) mají sami lidé s postižením pocit, že jejich sexualitě není věnována dostatečná pozornost. Kromě častých předpokladů, že sami nejsou schopni provozovat sexuální aktivity, jsou vyloučeni i z debat o sexu, které v jejich přítomnosti utichají (O'Brien, 1990). Na lidi s postižením se stále kouká jako na děti, které potřebují ochranu (Tepper, 2000). Bohužel se setkáváme i s tím, že profesionálové jako jsou například doktoři, nepředpokládají, že osoby se zdravotním postižením mají sex (Bahner, 2012). Často jim dokonce rodiče a profesionálové říkají, že nebudou mít nikdy vztah či sex, aby je uchránili před odmítnutím (Milligan & Neufeldt, 2001). Na desexualizaci osob s postižením upozorňuje Murphy (podle Bystřičana, 2002). V široké veřejnosti je jim pak pozornost věnována ve dvou extrémech – buď jsou obtěžováni, nebo přehlíženi (Bahner, 2012).

Jednou z hlavních příčin vyloučení osob se zdravotním postižením ze sexuálních aktivit může být stereotypní uvažování o sexu. Jedním z takových skriptů „běžného, normálního“ sexu je pohlavní styk s cílem dosažení orgasmu (Bahner, 2012). Jak již bylo uvedeno, tento obraz je podporován médii. I přesto, že některé z osob se zdravotním postižením určitě takový sex provozují, nemusí být dostupný všem. Některé příčiny postižení s sebou mohou nést přidružené dysfunkce v sexu jako je například obtížné dosažení a udržení erekce či nedostatečná vaginální lubrikace (McCabe, McDonald, Deeks, Vowels, & Cobain, 1996). Osoby se zdravotním postižením mohou mít také nedostatek síly masturbovat až k orgasmu či uspokojit partnera (Taleporos, 2001 podle McCabe & Taleporos, 2003). Zaměření na výkon a orgasmus jako cíl sexuálních aktivit zanedbává důležitý fakt, a to, že sexuální aktivity jsou provozovány převážně za účelem rekreačním, záměrem je tedy dosažení příjemných pocitů (Tepper, 2000), které nemusí nutně znamenat pouze dosažení orgasmu. Proto by pozornost zaměřená na mechanické aspekty sexuality měla být směřována spíše k pocitům spojených s citovým prožíváním během sexuálních aktivit (Shakespeare, 1999). Nejen kvůli lidem, kteří nejsou schopni běžných sexuálních aktivit, ale i kvůli těm, kteří je nepreferují (to platí i u osob bez zdravotního postižení).

Pohled na sexualitu u osob se zdravotním postižením však komplikuje i medicínský přístup. Poté co Kinsey a po něm Masters a Johnson demystifikovali sex jako přirozenou součást života, začala se pozornost obracet na výkon a orgasmus (Tepper, 2000). Pokud lidé selhávají v jedné z těchto oblastí, stane se to předmětem terapie – ne však u postižených – ty z této diagnózy vylučuje jejich zdravotní postižení (Tepper, 2000). I přesto, že může být problém zakotven ve fyzickém zdraví, sexuální dysfunkce souvisí i s psychosociální oblastí (Zvěřina ve Weiss

a kol., 2010). Proto je důležité takový problém neodbyť pouhým konstatováním, že je člověk postižený, ale vyloučit další příčiny.

V důsledku přidružených zdravotních komplikací může dojít ke snížení chuti, sexuální libosti a orgasmu (McCabe et al., 1996). Osoby se zdravotním postižením pak vůbec nemusí chtít sex a je to v pořádku. Pokud by však chtěli svou sexualitu aktivně realizovat, společnost by jim to měla umožnit.

5.2 Body fascism

Další bariérou je kulturní konstrukt, který nerealisticky vyzdvihuje fyzickou krásu nebo sílu jako hlavní aspekt žádoucnosti (Comfor podle Tepper, 2000). Osoby se zdravotním postižením jsou si toho vědomi a často se stydí za své tělo (Davies, 2000). Negativní body image je problémem pro mnohé osoby se zdravotním postižením, protože jejich vzhled nekorresponduje se sociální konstrukcí sexuálně atraktivní osoby (Donnelly et al., 2001). Na implicitní úrovni se projevuje naše vnímání těla jako centrálního prvku v sexualitě (Foucault podle Bahner, 2012). Tělo s postižením je často považováno za neatraktivní, nesexuální (Milligan & Neufeldt, 2001) či genderově nevyhraněné; nenormální (Bahner, 2012). To se silně ukazuje například u lidí, kteří získali viditelný handicap a okolí se k nim v důsledku této změny začalo chovat jinak (Galvin, 2005). Takové vnímání okolím může mít samozřejmě velký vliv na vytvoření si svého sebeobrazu a ztotožnění se s vlastní identitou (Shakespeare et al., 1996).

Okolí často nevidí je, ale primárně jejich postižení, například si typicky všimnou nejprve invalidního vozíku, a pak až osoby na něm (Galvin, 2005). Pokud mají viditelné postižení, často se raději uchylují do vztahu s podobně postiženým člověkem a opačně, pokud není viditelné, jsou postaveni před coming out⁴ (Esmail et al., 2010). Přesto však ti, kteří mají nejméně viditelné postižení, jsou nazíráni jako ti s největším sexappealem, protože se nejvíce blíží lidem bez postižení (Shakespeare, 2006). Stále ještě existuje málo pozitivních modelů například v médiích (Davies, 2000; García & Álvarez, 2014), které by pomohly s vnímáním osob se zdravotním postižením jako normálních.

McRuer (2006) před několika lety přišel se svou Crip teorií v překladu teorie postižení, jejíž hlavním cílem je vnést do debaty myšlenku, že i postižení může být vnímáno jako sexy. Nejde určitě o myšlenku, která by nikoho do té doby nenapadla, je spíše završením všech poznatků, které jsou i v této práci představeny. Tedy že jde především o společenské vnímání, které staví

⁴ Označení pro odhalení svého zdravotního postižení (přeneseno z LGBT komunity).

postižené mimo. Protože oni mohou být nejen subjekt, ale i objekt erotických tužeb či praktik (R. McRuer, 2011).

Ačkoli bychom s ohledem na výše zmíněné poznatky mohli říci, že sexuální přitažlivost osob se zdravotním postižením je pouhý kulturní konstrukt, který může být překonán, musí zde být zmíněno i evoluční chování. Strategie sexuálního chování je na základě evoluční teorie vyhledávání kvalitní genetické výbavy, tedy z tohoto hlediska jsou osoby se zdravotním postižením vnímány jako neatraktivní, protože jejich odlišnosti odkazují na možné snížení kvality genů (Buss, 2009).

5.3 Inaccessibility

Plná inkluze znamená přístup k uspokojení (Tepper, 2000). Takový přístup Tepper (2000) chápe jako rozumnou šanci na vztah – což není dle něj zodpovědnost jen společnosti, ale i samotných osob se zdravotním postižením (měly by se samy zajímat o poznatky v oblasti sexuality a ty následně sdílet s komunitou lidí bez zdravotního postižení).

Bariérou může být také separace ve speciálních školách a institucích (Shakespeare et al., 1996). Thomas et al. (1989) zmiňují, že osoby se zdravotním postižením nemají dostatek příležitostí budovat své sexuální a vztahové dovednosti. Často například zažívají doteky jen jako funkční (např. při hygieně), anebo nechtěné, takže ani neví, jaké dotyky preferují. (Davies, 2000). Instituce či rodina je nechce do mezilidských interakcí příliš pouštět (Davies, 2000). Například v amerických pečovatelských domech pro lidi se zdravotním postižením je stále běžná tzv. „no sex policy“ v překladu zákaz sexu, což podle Appela (2010) nedává smysl, protože by to znamenalo, že lidé v institucích musí mít více ochrany než lidé vně. Shakespeare (1996) zdůrazňuje, že muži a ženy jsou často v takových zařízeních naprosto izolováni a na konci 20. století jim bylo dokonce takovými institucemi zakázáno se brát.

Mnohdy jsou tato opatření vytvořena za účelem ochrany (Shakespeare et al., 1996), ale právě takto sevřená pravidla a nedostatek informací může vést v důsledku ke zneužití (Zaviršek, 2002). Přestože je tato skupina více zranitelná, neznamena to, že je od kontaktu s lidmi úplně odstříhneme (Appel, 2010).

5.4 Nedostatek soukromí

Osoby se zdravotním postižením často potřebují pomoc od svého okolí, což je ale může obírat o důležitý soukromý prostor, zejména ze strany rodičů či pečovatелů (McCabe & Taleporos, 2003).

Například je těžké objevovat svou sexualitu v dospívání, když žijete s rodiči a ti vám velkou část dne pomáhají s nejrůznějšími činnostmi. Přitom vývoj sexuality v této fázi může poznamenat člověka na celý zbytek života (Shakespeare et al., 1996). Mnozí rodiče vedou ve výchově své děti se zdravotním postižením k samostatnému životu, nicméně k životu bez navazování partnerství, bez naplňování intimních potřeb včetně rodičovství (Kozáková ve Volfová et al., 2008).

V dospělosti pak často využívají osoby se zdravotním postižením osobní asistence, protože jak mnozí z nich vypovídají, taková asistence ze strany blízkých osob (zejména partnerů) nemá dobrý vliv na vztah a je lepší najmout si někoho cizího (Bahner, 2012). I s osobními asistenty je však problém, pokud chtějí osoby se zdravotním postižením v době této asistence například masturbovat či provozovat s partnerem sexuální aktivity, jsou omezeni přítomností asistentů, a přichází tak o velkou část soukromí, která je pro osoby bez zdravotního postižení naprosto samozřejmá. Vzhledem k blízkosti, do níž se osobní asistenti dostávají, se často mohou v komunikaci nevhodně dotýkat témat sexuality. Tento problém se obvykle řeší cíleným tréninkem buď ve specializovaném kurzu nebo přímo jasně danými pravidly od daného jedince (Bahner, 2012). Přesto může být míra soukromí osob se zdravotním postižením značně nižší, než by potřebovaly.

5.5 Ekonomické nevýhody

„Být sexuální stojí peníze.“ (Shakespeare, 2000, str. 161). Některým osobám se zdravotním postižením však jejich zdravotní stav znemožňuje chodit do práce, a jsou tak často odkázáni na příspěvky sociální podpory a své okolí. Tato finanční situace jim pak může znepřístupnit některé akce, na kterých by se mohly potkat s novými lidmi a navázat vztahy (Davies, 2000).

5.6 Nedostatečná edukace

Chybí zde specializovaná sexuální výchova, která by byla zaměřená na tyto specifické problémy (Davies, 2000; McCabe, Cummins, & Deeks, 2000). A co víc, někdy jsou osoby se zdravotním postižením úplně vyřazeny ze sexuální edukace (Davies, 2000). Mají pak pocit

nedostatečných znalostí v oblasti sexu a z toho pramení jejich nízké sexuální sebevědomí (Bahner, 2012). Nedostatek modelů zdravé komunikace v sexu může vést k tomu, že nejsou sexuálně aktivní (McCabe et al., 2000).

Absence kvalitní sexuální edukace kombinovaná s učením ohledně sexuality primárně jako o pohlavním styku vede k tomu, že se soustředí na výkon s cílem orgasmu (Tepper, 2000). Tento stereotypní pohled, jak již bylo mnohokrát zmíněno, má za následek negativní pocity v oblasti sexuality u osob se zdravotním postižením. Měla by nastat edukace, která by pracovala se sexuální sebedůvěrou a problémy s body image (Davies, 2000). Je nutné najít alternativní cesty k uspokojování sexuálních potřeb náhradním způsobem (Vrublová, 2005). Někteří by například potřebovali informace o specifických pozicích (Davies, 2000). Může jít i o objevování úplně nových erotogenních zón, které mohou vést k rozkoši a případně k orgasmu (Bahner, 2012).

6 Intervence

Vzhledem k množství psychosociálních bariér je zde velký prostor pro intervence. Sieber (podle De Boer, 2015) uvádí nejnutnější kroky, které by společnost měla podniknout k začlenění osob se zdravotním postižením. Mezi tyto kroky patří:

1. Zlepšení přístupu k informacím o sexualitě,
2. svoboda v institucích a jiných zařízeních,
3. demedicinizace,
4. akceptace sexuálních potřeb jako součásti péče o zdraví,
5. uznání osob se zdravotním postižením jako sexuálních bytostí.

Realizace těchto kroků by měla začít od posledního bodu a teprve poté, co budou osobám se zdravotním postižením přiznány jejich sexuální potřeby, bude možné na tomto základu stavět dále. Aby však osoby se zdravotním postižením přestaly být nahlíženy jako asexuální, musí společnost přijmout, že tyto osoby mají práva na stejnost (Dupras, 2015) a že se rodí se stejnou potřebou sexuálních vztahů jako osoby bez zdravotního postižení (Browne & Russell, 2005). Taková změna ve společenském přemýšlení, jak již bylo řečeno dříve, není možná skrze monitoring a sankce, ale pomocí rané edukace. Inspirací mohou být například osvětové snahy v Quebecu, kde žáci základních škol hrají edukační hru „Já a ty jsme stejní“. Tato aktivita má poukázat na to, že mezi osobami se zdravotním postižením a osobami bez zdravotního postižení existuje více podobností, než odlišností (Point and Veillete podle Dupras, 2015). Jako zásadní

vidí mnoho autorů komunikaci, která, jak již bylo řečeno, bohužel není tabu v oblasti sexuality jen u profesionálů, rodičů a široké veřejnosti, ale i u samotné komunity osob se zdravotním postižením (Shakespeare et al., 1996).. Tyto osoby by se však měly aktivně podílet na určování směru společenského vnímání. To, že se například lidé bez zdravotního postižení často nebaví o sexuální tematice před/s lidmi se zdravotním postižením, může být způsobeno obavou, aby se jich nevhodně nedotkli. Osoby se zdravotním postižením používají často humor jako vyrovnávací strategii ve chvílích nepochopení (Bahner, 2012; Shuttleworth, 2000). Možná je to také cesta, jak se propojit s ostatními lidmi a podpořit tak vzájemnou otevřenost a toleranci.

Je také potřeba vytvořit nové sociální normy pro lidi s postižením. Sexuální asistence je překročením norem z hlediska placení za sex a jeho provozování bez navázání milostného vztahu. Stejně tak sex mezi jedincem s postižením a zdravým je zatím tabu (Dupras, 2015).

Se sociálním vnímáním osob se zdravotním postižením souvisí i demedicinizace, která se může zakládat například na pojetí zdravotního postižení jako funkční diverzity, nikoli jako handicapujícího zdravotního stavu. K takovému vnímání mohou významně přispět média. V posledních letech můžeme vidět trend používat ženy (mužů se to zatím týká téměř výhradně v oblasti transgender) s odlišným fyzickým vzhledem v modelingu jako znak diverzity a jedinečnosti. Angažmá takových modelek vysílá zprávu, že dnešní době už pro ně zdravotní postižení nemusí znamenat vyloučení z těchto aktivit a že zdravotní postižení neznamená neatraktivitu. Stále je však potřeba v médiích neprezentovat pouze jednu cestu/jeden přístup k sexu (McRuer, 2006) a dát prostor i sexuálním projevům lidí se zdravotním postižením.

Dalším problémem je chybějící edukace, ze které jsou někdy osoby se zdravotním postižením vyřazeny, jak již bylo zmíněno dříve. V této situaci se snaží najít řešení odborníci, kteří navrhuji modely edukace nejen pro osoby se zdravotním postižením, ale i pro zdravotní a rehabilitační personál. Navrhovaným řešením Daviese (2000) jsou tréninkové programy, které by vedly jak osoby se zdravotním postižením, tak osoby bez zdravotního postižení a ve kterých by byl zastoupen rovný přístup ke všem sexuálním orientacím a gender identitám. Facilitátorem by v tomto programu mohli být samotné osoby se zdravotním postižením, sestry, sexuální pracovníci, poradci a na tělo zaměření terapeuti (maséři atd). Školení facilitátorů v tomto programu se skládá ze základů sociálního kontextu postižení, anatomie, fyziologie, sociálních dovedností, první pomoci a základů prevence sexuálního násilí (Davies, 2000). Prvním krokem by mohly být workshopy zaměřené na doteky, které jsou často zažívány pouze jako funkční a lidé se zdravotním postižením skutečně neví jak se sami sebe dotýkat; takový program by měl pomoci rozvinout sexuální a tělesnou sebedůvěru a rozvinou schopnosti pro vytváření sexuální

a emočních vztahů (Davies, 2000). Tepper (2000) navrhnul postup učení zdravotních pracovníků o sexuálním zdraví a vytvořil stránku www.sexualhealth.com, na které nabízí poradenství v oblasti sexuality u osob se zdravotním postižením.

Co se týká akceptace sexuálních potřeb jako součásti péče o zdraví, jedná se spíše o intervenci ve společensko-ekonomické oblasti. Například podle Appela (2010) by sexuální asistence a podobné služby měly být poskytovány z veřejných prostředků⁵. Vzhledem k vlivu na zdraví, které sexualita prokazatelně má a s ohledem na ekonomické znevýhodnění osob se zdravotním postižením se tento postoj může zdát oprávněný. Se zajímavou myšlenkou však přichází i Appelův oponent Di Nucci (Di Nucci, 2011), který tvrdí, že pokud by sexuální asistence byla provozována dobrovolně a nekomerčně (například v rámci neziskové organizace), prospívala by jejím klientům více – dobrovolné milostné aktivity by měly podle jeho názoru mít větší váhu než ty, za které si daný jedinec zaplatí.

Dnešní společnost se pomalu přesouvá k inkluzivnímu přístupu, tedy ke snaze bariéry v podobě separace do speciálních škol a institucí postupně odstraňovat. Měla by také nastat reforma v oblasti péče o osoby se zdravotním postižením. Je potřeba edukovat tyto pečovatele z hlediska vhodného zacházení s klienty těchto služeb, které by nemělo zahrnovat separaci od druhého pohlaví či zákaz sexuálních aktivit.

⁵ V České republice si tuto službu plně hradí klienti.

NÁVRH VÝZKUMU

1. Cíle

Ústředním tématem bakalářské práce je sexualita, její realizace a souvislost s well-being u osob se zdravotním postižením. Výzkumy, které existují v této oblasti, se zaměřují zejména na vztah mezi zdravotním postižením a vnitřním prožíváním sexuality skrze porovnání tohoto prožívání u osob se zdravotním postižením a osob bez zdravotního postižení. Neberou však v úvahu, jakým způsobem byla sexualita realizována. V této oblasti existuje služba sexuální asistence, která vznikla za účelem vyrovnání možností realizace v této oblasti, avšak je provázena mnohými negativy. Právě způsob realizace může mít dopad na zmíněné aspekty sexuality a je zde tedy prostor pro další zkoumání. Proto je tento výzkumný projekt směřován do oblasti sexuální asistence a jejího působení na psychiku osob se zdravotním postižením.

2. Vymezení výzkumného problému

Sexualita nezahrnuje pouze pohlavní styk, ale měla by být chápána jako komplex skládající se mimo jiné ze sexuálních aktivit, sociálních vztahů a tělesného vzhledu. Pokud tedy hovoříme o realizaci sexuality, měla by přinášet zážitky ve všech těchto oblastech. Sexualita může být realizována skrze masturbaci či v rámci mezilidského kontaktu. Ten může mít podobu partnerského vztahu, ve kterém je sexualita realizována skrze partnerský sexuální styk nebo v něm může jít o sexuální styk mezi osobou se zdravotním postižením a sexuálním asistentem, což je alternativní forma realizace sexuality. Jak je uvedeno v literárně přehledové části, sexuální asistence má zajistit zdravý rozvoj sexuality a jejích projevů u člověka se zdravotním postižením.

Cílem výzkumné části je zjistit, zda existuje souvislost mezi způsobem realizace sexuality a mírou sexuálního sebevědomí a sexuální deprese v oblasti sexuality u osob se zdravotním postižením.

Výzkum sleduje následující hypotézy:

1. *Lidé se zdravotním postižením se sexuální zkušeností výhradně z partnerského vztahu, mají stejnou nebo vyšší míru sexuálního sebehodnocení, než lidé se zdravotním postižením se sexuální zkušeností ze sexuální asistence.*

(H0 = Lidé se zdravotním postižením se sexuální zkušeností výhradně z partnerského vztahu, mají nižší míru sexuálního sebehodnocení, než lidé se zdravotním postižením se sexuální zkušeností ze sexuální asistence.)

2. *Lidé se zdravotním postižením se sexuální zkušeností z výhradně partnerského vztahu, mají stejnou nebo nižší míru sexuální deprese, než lidé se zdravotním postižením se sexuální zkušeností ze sexuální asistence.*

(H0 = Lidé se zdravotním postižením se sexuální zkušeností z výhradně partnerského vztahu, mají vyšší míru sexuální deprese, než lidé se zdravotním postižením se sexuální zkušeností ze sexuální asistence.)

Sexuální asistence je v České republice novou službou pro osoby se zdravotním postižením, která vznikla za účelem umožnit jim rovný přístup k realizaci sexuality v porovnání s osobami bez zdravotního postižení. Je však často napadána, že jedince se zdravotním postižením uzavírá do péče profesionálů. Přesto však zaznívají i pozitivní ohlasy, které označují tuto službu za prospěšnou pro zdraví osob se zdravotním postižením. Záměrem této výzkumné práce je zjistit, zda realizace sexuality skrze tuto službu působí na prvky psychiky v oblasti sexuality stejně či lépe v porovnání se sexualitou realizovanou skrze partnerský vztah. Zjednodušeně to tedy znamená, že se tento výzkum snaží zjistit, zda se zážitek ze sexuální asistence vyrovná svým působením na psychiku osob se zdravotním postižením působení zážitku z partnerského sexuálního styku.

3. Charakteristika výzkumného souboru

Do výzkumu budou zahrnuty osoby se zdravotním postižením (dle legislativy ČR) ve věku od 19 do 37 let. Tento věkový rozsah je určen na základě zahraničních norem pro použité testy. Bude se jednat výhradně o osoby české národnosti. Faktory jako bydliště či vzdělání nejsou podstatné, jelikož žádný výzkum neukazuje na možné působení těchto faktorů na sexualitu osob se zdravotním postižením. Bydliště neovlivňuje ani dostupnost sexuální asistence, jelikož sexuální asistentky působí na různých místech České republiky a mohou i dojíždět. Výzkum

bude zacílen na skupinu osob se zdravotním postižením, které jsou schopni využívat počítač, jelikož sběr dat bude realizován pomocí online platformy.

Tito respondenti budou spadat do dvou skupin dle typu zkušenosti. V jedné skupině budou osoby se zdravotním postižením se zkušeností výhradně ze sexuální asistence. V druhé skupině budou osoby se zdravotním postižením se zkušeností výhradně z partnerského sexuálního styku. Aby bylo možné rozlišit působení buď zkušenosti/í z partnerského sexuálního styku, nebo zkušenosti/í ze sexuální asistence, je nutné, aby měl pouze jeden z těchto typů zkušeností. Vzhledem k vlastnostem používaných metod není možné zahrnout osoby bez sexuálních zkušeností. Ideální by bylo rovnoměrné zastoupení v obou skupinách, v každé skupině by mělo být alespoň 50 účastníků. Tedy šlo by přibližně o 100 dotazovaných respondentů, pokud možno ve stejném poměru mužů a žen.

4. Metody a postup sběru dat

Pro zjištění míry sexuálního sebevědomí a sexuální deprese budou použity stejné metody jako u Taleporose a McCabe ve studii z roku 2002, tedy „Sexuality scale“ v překladu Škála sexuality (Snell & Papini, 1989), konkrétně subškály „sexual esteem“ v překladu sexuální sebevědomí a „sexual depression“ v překladu sexuální deprese. Tento dotazník nebude k bakalářské práci přiložen z důvodu autorských práv a volného přístupu k odevzdaným bakalářským pracím.

Jedná se o sebesposuzovací nástroj, který byl vyvinut pro měření tří prvků sexuality: sexuálního sebevědomí, sexuální deprese a sexuálního zaujetí. Pro tento výzkum budou použity pouze první dvě subškály. Jednotlivé položky těchto subškál byly vytvořeny na základě definicí sexuálního sebevědomí a sexuální deprese. Položky jsou ve formě výroků, u kterých respondenti na pětibodové Likertově škále (+2: souhlasím, +1 poněkud souhlasím, 0 ani souhlas ani nesouhlas, -1 poněkud nesouhlasím, -2 nesouhlasím) zaznamenávají, nakolik s jednotlivými položkami souhlasí. Tato škála bude doplněna o demografická data (věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání a rodinný stav).

U inventáře byla provedena faktorová analýza, která potvrdila, že položky subškál korespondují s jejich koncepty. Výsledky odhadů reliability také ukazují, že by subškály měly mít akceptovatelnou míru realiability. U zvolených subškál nebyl zjištěn rozdíl mezi muži a ženami. Jediný rozdíl je v korelaci těchto škál mezi sebou, jejíž výsledky naznačují, že muži vnímají sexuální sebevědomí a sexuální depresi jako dva protipóly (negativní závislost), kdežto pro ženy jsou to dvě odlišné psychologické dimenze (Snell & Papini, 1989).

Protože uvedený inventář zatím pravděpodobně nebyl použit v českém prostředí, bude nutné zajistit překlad dotazníku. Překlad může být vypracován několika nezávislými překladateli nebo tzv. zpětným překladem, ve kterém se text přeloží do českého jazyka a poté zpět do anglického jazyka a tento výsledný překlad je porovnán s originálem.

Sběr může začít až poté, co budou zaškoleni první sexuální asistenti, jelikož zatím působí v České republice pouze asistentky, což by z výzkumu vyřadilo heterosexuální ženy. O zaškolení mužských sexuálních asistentů organizace Rozkoš bez rizika, pod kterou jsou v současnosti sdružení sexuální asistenti, vážně uvažuje a je možné, že by je zahrnula do dalšího školení plánovaného na rok 2017 (iDnes, 2015). Pro výběr respondentů bude použita technika „snowball“, tedy tzv. výběr nabalováním. Skrze organizaci Rozkoš bez rizika, budou osloveni jedinci se zdravotním postižením, kteří mají s touto službou zkušenost a kteří mohou oslovit další osoby se zdravotním postižením, kteří by mohli participovat na výzkumu. Tento postup je vhodný zejména proto, že není možné z důvodu anonymity získat seznam osob využívajících tuto službu a také proto, že jde o téma intimní a v naší společnosti ještě částečně tabuizované.

Sběr dat poté bude probíhat skrze online dotazníky zasílané na e-mail kontaktů získaných od původních zdrojů. Všem respondentům budou na začátku vysvětleny potřebné informace k výzkumu včetně ujištění o naprosté anonymitě. Účast bude zcela dobrovolná. Vzhledem k faktu, že se ve výzkumném souboru budou nacházet lidé s různým zdravotním postižením, bude dotazník upraven do elektronického Brailu (elektronická verze Braillova písma) pro osoby se zrakovým postižením a doplněn o lexikální vysvětlivky pro osoby se sluchovým postižením. Poté bude respondentům zaslána verze dle typu postižení.

5. Analýza dat

Po získání dostatečného počtu respondentů začne fáze statistického vyhodnocování dat. Analýza dat bude provedena v programu Excel a SPSS. Nejprve bude potřeba vyhodnotit výsledky subškál pro jednotlivé respondenty. Sexuálního sebevědomí se týkají otázky⁶ 1., 4., 7., 10.R, 13.R, 16., 19.R, 22., 25.R a 28.R. Sexuální deprese pak zahrnuje otázky 2., 5.R, 8., 11.R, 14.R, 17., 20., 23.R, 26. a 29.R.

Vzhledem k povaze zkoumaných proměnných bude použit nezávislý t-test (nepárový dvouvýběrový t-test). Pomocí něj budou porovnány střední hodnoty ve zkoumaných aspektech sexuality u dvou určených skupin.

⁶ R u otázek označuje reverzní typ položky.

Kromě výsledků pro výzkum v této práci, by získaná data mohla sloužit jako podklad pro zhodnocení sexuálního sebevědomí a sexuální deprese u osob se zdravotním postižením v České republice. Tyto výsledky by pak mohly být využity pro prevenci či intervenci u této skupiny lidí v oblasti sexuality.

Výsledky by mohly odhalit míru sexuálního sebevědomí a sexuální deprese u osob se zdravotním postižením ve vztahu ke zkušenostem, které v této oblasti mají. Předpokládá se vyvrácení nulových hypotéz, tedy že lidé se zdravotním postižením se sexuální zkušeností výhradně z partnerského vztahu, mají stejnou nebo vyšší míru sexuálního sebehodnocení a nižší míru sexuální deprese, než lidé se zdravotním postižením se sexuální zkušeností ze sexuální asistence. Opačné výsledky by službu sexuální asistence stavěly spíše do negativního světla na základě nevýhod uvedených v literárně přehledové části.

6. Limity výzkumu

Jedním z limitů návrhu výzkumu jsou intervenující proměnné vyplývající z charakteristiky výzkumného souboru a metody sběru dat. Administrace dotazníku bude probíhat na online platformě; z toho důvodu není možná autorizace respondenta a nastává tak riziko, že dotazník vyplní i osoby, kterým není určen. Jedná se především o osoby mimo cílovou skupinu zdravotně postižených, ke kterým se dotazník může dostat, a ti ho například z legrace vyplní. V takovém případě může dojít k hrubému zkreslení dat. Vzhledem k tomu, že bude sběr dat realizován online, je určen pouze pro jedince, kteří jsou schopni zacházet s počítačem. Obzvlášť u osob se zdravotním postižením je i přes přizpůsobení formy dotazníku nutné zohlednit, že někteří z nich mohou být tímto z výzkumu automaticky vyřazeni. Obě tyto proměnné lze odstranit osobní administrací dotazníku. Ta však může negativně působit na další intervenující proměnnou, a to desirabilitu. Fenomén desirability nám říká, že respondenti u společensky žádoucích témat odpovídají tak, aby se jevíli v příznivějším světle (například více sebevědomě). Pokud bychom přešli na osobní administraci dotazníku, může se snaha o to být viděn lépe ještě zvýšit. Nehledě na to, že by návratnost byla v případě osobní administrace nejspíše menší vzhledem k narušení soukromí jedince oproti anonymnímu vyplnění na internetu. Návratnosti samozřejmě musí být věnována pozornost i u online výzkumu, jelikož jde v naší společnosti o ještě částečně tabuizované téma, je pravděpodobné, že se k němu budou spíše vyjadřovat lidé s extrémnějšími názory a postoji.

Dále nelze opomenout, že tento návrh výzkumu se opírá o škálu, která nepochází z českého prostředí. I přes vypracování překladu může být pochopení jednotlivých tvrzení ovlivněno kulturním prostředím. Chybí také normy pro českou populaci, dostupné jsou pouze pro středozápad USA. Proto by bylo dobré před použitím tyto normy vytvořit, což je však velmi náročně z hlediska časového i finančního.

Co se týká samotného konceptu, je třeba zmínit, že neznáme příčinnou souvislost mezi jevy. Předpoklad je, že zkušenosti ze sexuální asistence či partnerského sexu mají, působí na aspekty sexuality jako je sexuální sebevědomí či sexuální deprese u osob se zdravotním postižením. Je však možné, že právě vysoké sebevědomí a nízká depresivita v této oblasti umožnila daným jedincům zažít tyto aktivity. Ačkoli je to vysoce nepravděpodobné, jelikož sexuální sebevědomí a deprese tak, jak jsou nastaveny v použité škále, jsou založené na již prožité zkušenosti, tedy je nepravděpodobné, že by si o sobě někdo myslel, že je dobrý sexuální partner před tím, než se dostane do sexuální interakce. Nicméně může zde působit intervenující proměnná v podobě podporujícího okolí či vlivu obecného sebevědomí. Na směr působení v tomto vztahu by se mohly zaměřit další výzkumné projekty v této oblasti, ideálně skrze longitudinální přístup.

Vzhledem k metodě výběru výzkumného souboru nemůžeme říci, že jde o reprezentativní soubor, který by spolehlivě odpovídal cílové skupině. Ačkoli je technika snowball používána převážně u kvalitativního šetření, je vybrána pro tento výzkum z důvodu absence znalosti členů cílového souboru. Přesto nám však může říci dostatečné množství informací potřebných pro případné navazující studie. Ty by se mohly zaměřit na psychosociální faktory, které pozitivně působí (ať už v sexuální asistenci či partnerském vztahu) na získání sexuálního sebevědomí a odstranění sexuální deprese. Tyto poznatky by mohly přispět k rozvoji služby sexuální asistence v budoucnu.

Závěr

Tato bakalářská práce se věnovala tématu sexuality u osob se zdravotním postižením. Jednalo se o psychologický pohled na tuto problematiku skrze sociální model zdravotního postižení. V práci byla nastíněna důležitost sexuality pro celkové zdraví jedince se zdravotním postižením. Ukazuje se, že je sexualita těchto osob s well-being provázána dokonce silněji, než jak je tomu u osob bez zdravotního postižení. Proto je potřeba umožnit rovnocenný přístup k realizaci sexuality všem osobám. Tento přístup však neznamena pouze existenci náhradních prostředků k dosahování sexuálního uspokojení, ale změnu stereotypního myšlení ve společnosti.

Osoby se zdravotním postižením jsou společností stále nazírány jako neatraktivní, asexuální či s odlišnou sexualitou bytosti. Z toho důvodu je pro ně obtížné nalézt partnera a jejich sexuální potřeby zůstávají nenaplněny. Tato práce nastínila některé konkrétní kroky, které mohou vést k překonání těchto společenských bariér. Jsou pozorovatelné snahy tyto bariéry obejít a nabídnout osobám se zdravotním postižením jinou možnost realizace, sexuální asistenci, která jim může pomoci v získání sexuálního sebevědomí a potlačení sexuální deprese, ale která také může vytvořit ještě větší propast mezi sexualitou osob se zdravotním postižením a osob bez zdravotního postižení. Existence této služby pak může potlačovat snahy o změnu společenského myšlení, protože vytváří dojem, že je o sexualitu osob se zdravotním postižením postaráno.

Právě působení sexuální asistence na sexuální sebevědomí a sexuální depresi bylo základem výzkumných otázek v empirické části bakalářské práce. Tyto aspekty sexuality byly zkoumány pomocí Sexuální škály u osob se zdravotním postižením se sexuální zkušeností výhradně ze sexuální asistence a u osob se zdravotním postižením se sexuální zkušeností výhradně z partnerského vztahu. Základním předpokladem tohoto výzkumu bylo, že sexuální sebevědomí bude buď na stejné, nebo na vyšší úrovni u skupiny osob se zkušeností ze sexuální asistence v porovnání se skupinou osob se zkušeností z partnerského vztahu; sexuální deprese by pak měla být stejná nebo nižší v porovnání uvedených skupin. Pokud by se tyto předpoklady nepotvrdili, je na místě zvážit, zda výhody sexuální asistence skutečně převyšují její nevýhody a zda má tedy v naší společnosti místo.

Jak již bylo uvedeno, bakalářská práce ke zdravotnímu postižení přistupovala převážně přes sociální model. To vylučuje nutnost dělit osoby se zdravotním postižením do kategorií dle typu zdravotního postižení, jak je to běžné v medicínském modelu. Zároveň to však může značně

komplikovat pojetí některých témat. V oblasti sociálního přístupu ke zdravotnímu postižení se některé práce více vztahují k osobám s fyzickým postižením, než k osobám s jinými typy postižení. Další specifika sexuality vycházející z jiných typů postižení se v práci vyskytují v menším rozsahu.

Tato bakalářská práce může sloužit jako základ pro další zkoumání. Navazující práce by se mohly zaměřit na psychosociální faktory, které mají vliv na sexuální sebevědomí či sexuální depresi. Pokud bychom tyto faktory znali, můžeme se na ně cíleně zaměřit. Ty, co působí pozitivně na sexuální sebevědomí a snižují sexuální depresi, poté rozvíjet v rámci pozitivní intervence.

Seznam použité literatury

- Aloni, R., Keren, O., & Katz, S. (2007). Sex Therapy Surrogate Partners for Individuals with Very Limited Functional Ability Following Traumatic Brain Injury. *Sexuality and Disability*, 25(3), 125–134. <http://doi.org/10.1007/s11195-007-9047-7>
- Appel, J. M. (2010). Sex rights for the disabled? *Journal of Medical Ethics*, 36(3), 152–154. <http://doi.org/10.1136/jme.2009.033183>
- Bahner, J. (2012). Legal Rights or Simply Wishes? The Struggle for Sexual Recognition of People with Physical Disabilities Using Personal Assistance in Sweden. *Sexuality and Disability*, 30(3), 337–356. <http://doi.org/10.1007/s11195-012-9268-2>
- Bernstein, E., & Schaffner, L. (2005). *Regulating sex: the politics of intimacy and identity*. New York: Routledge. Převzato 26. 7. 2016 z <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=201231>
- Brown, H. (1994). 'An Ordinary Sexual Life?': A Review of the Normalisation Principle as It Applies to the Sexual Options of People with Learning Disabilities. *Disability & Society*, 9(2), 123–144. <http://doi.org/10.1080/09687599466780181>
- Browne, J., & Russell, S. (2005). My home, your workplace: people with physical disability negotiate their sexual health without crossing professional boundaries. *Disability & Society*, 20(4), 375–388. <http://doi.org/10.1080/09687590500086468>
- Buss, D. M. (2009). *Evoluce touhy: [strategie sexuálního chování]*. V Praze: Dauphin : Volvox Globator.
- Bystřičan, I. (2002). Robert F. Murphy: Umlčené tělo: Recenze [Online]. Sociální Studia, 7, 201–205. Převzato 26. 7. 2016 z <http://socstudia.fss.muni.cz/dokumenty/080304143138.pdf>
- Coleman, E. (2008). Sexual Health for the Millennium: An Introduction. *International Journal of Sexual Health*, 20(1–2), 1–6. <http://doi.org/10.1080/19317610802156954>
- Davies, D. (2000). Sex and Relationship Facilitation Project for People with Disabilities. *Sexuality and Disability*, 18(3), 187–194. <http://doi.org/10.1023/A:1026417815501>

- De Boer, T. (2015). Disability and Sexual Inclusion. *Hypatia*, 30(1), 66–81.
<http://doi.org/10.1111/hypa.12118>
- Di Nucci, E. (2011). Sexual rights and disability. *Journal of Medical Ethics*, 37(3), 158–161.
<http://doi.org/10.1136/jme.2010.036723>
- Donnelly, D., Burgess, E., Anderson, S., Davis, R., & Dillard, J. (2001). Involuntary celibacy: A life course analysis. *Journal of Sex Research*, 38(2), 159–169.
<http://doi.org/10.1080/00224490109552083>
- Drench, M. E. (1992). Impact of altered sexuality and sexual function in spinal cord injury: A review. *Sexuality and Disability*, 10(1), 3–14. <http://doi.org/10.1007/BF01102244>
- Dupras, A. (2015). Sexual rights of disabled persons: Between uniformity and diversity. *Sexologies*, 24(3), e59–e63. <http://doi.org/10.1016/j.sexol.2015.04.002>
- Esmail, S., Darry, K., Walter, A., & Knupp, H. (2010). Attitudes and perceptions towards disability and sexuality. *Disability and Rehabilitation*, 32(14), 1148–1155.
<http://doi.org/10.3109/09638280903419277>
- Fiduccia, B. F. W. (1999). Sexual Imagery of Physically Disabled Women: Erotic? Perverse? Sexist? *Sexuality and Disability*, 17(3), 277–282. <http://doi.org/10.1023/A:1022189224533>
- Gagnon, J. H., & Simon, W. (2005). *Sexual conduct: the social sources of human sexuality* (2nd ed). New Brunswick [N.J.]: AldineTransaction.
- Galvin, R. D. (2005). Researching the disabled identity: contextualising the identity transformations which accompany the onset of impairment. *Sociology of Health and Illness*, 27(3), 393–413.
<http://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00448.x>
- García, A. G., & Álvarez, C. D. (2014). Sexuality and Functional Diversity: An Analysis from a Gender Perspective. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 161, 299–305.
<http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.078>
- Gerschick, T. J. (2000). Toward a Theory of Disability and Gender. *Signs*, 25(4), 1263–1268.
- Gott, M. (2005). *Sexuality, sexual health and ageing*. Maidenhead: Open University Press.

- Griffiths, M. D. (2006). *Sex: should we all be at it?* Získáno z <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/griffiths-dissertation.pdf>
- Health, Empowerment Rights and Responsibility (1998). HERA Action Sheets. *USA: International Women's Rights Coalition*. Převzato 26. 7. 2016 z <http://www.users.interport.net/i/w/iwhc/hera/action.htm>
- Howland, C. A., & Rintala, D. H. (2001). Dating Behaviors of Women with Physical Disabilities. *Sexuality and Disability*, 19(1), 41–70. <http://doi.org/10.1023/A:1010768804747>
- IDnes.cz (2015). [Online]. Převzato 26. 7. 2016 z http://zpravy.idnes.cz/sexualni-asistence-0o3-/domaci.aspx?c=A151102_141206_domaci_zt
- Jeffreys, S. (2008). Disability and the male sex right. *Women's Studies International Forum*, 31(5), 327–335. <http://doi.org/10.1016/j.wsif.2008.08.001>
- Kafer, A. (2003). Compulsory Bodies: Reflections on Heterosexuality and Able-bodiedness. *Journal of Women's History*, 15(3), 77–89. <http://doi.org/10.1353/jowh.2003.0071>
- Kattari, S. K. (2015). "Getting It": Identity and Sexual Communication for Sexual and Gender Minorities with Physical Disabilities. *Sexuality & Culture*, 19(4), 882–899. <http://doi.org/10.1007/s12119-015-9298-x>
- Lechta, V. (2010). *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál.
- Lloyd, M. (2001). The Politics of Disability and Feminism: Discord or Synthesis? *Sociology*, 35(3), 715–728. <http://doi.org/10.1177/S0038038501000360>
- MacDougall, J. C., & Morin, S. (1979). Sexual attitudes and self-reported behavior of congenitally disabled adults. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 11(3), 189–204. <http://doi.org/10.1037/h0081589>
- Mandžáková, S. (2013). *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Praha: Portál.

- McCabe, M. P., Cummins, R. A., & Deeks, A. A. (2000). Sexuality and Quality of Life Among People with Physical Disability. *Sexuality and Disability*, 18(2), 115–123.
<http://doi.org/10.1023/A:1005562813603>
- McCabe, M. P., McDonald, E., Deeks, A. A., Vowels, L. M., & Cobain, M. J. (1996). The impact of multiple sclerosis on sexuality and relationships. *Journal of Sex Research*, 33(3), 241–248.
<http://doi.org/10.1080/00224499609551840>
- McCabe, M. P., & Taleporos, G. (2003). Sexual Esteem, Sexual Satisfaction, and Sexual Behavior Among People with Physical Disability. *Archives of Sexual Behavior*, 32(4), 359–369.
<http://doi.org/10.1023/A:1024047100251>
- McRuer, R. (2006). *Crip theory: cultural signs of queerness and disability*. New York: New York University Press.
- McRuer, R. (2011). DISABLING SEX: Notes for a Crip Theory of Sexuality. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 17(1), 107–117. <http://doi.org/10.1215/10642684-2010-021>
- Milligan, M. S., & Neufeldt, A. H. (2001). The Myth of Asexuality: A Survey of Social and Empirical Evidence. *Sexuality and Disability*, 19(2), 91–109. <http://doi.org/10.1023/A:1010621705591>
- Mona, L. R. (2003). Sexual Options for People with Disabilities: Using Personal Assistance Services for Sexual Expression. *Women & Therapy*, 26(3–4), 211–221.
http://doi.org/10.1300/J015v26n03_03
- Morales, E., Gauthier, V., Edwards, G., & Courtois, F. (2016). Women with Disabilities' Perceptions of Sexuality, Sexual Abuse and Masturbation. *Sexuality and Disability*.
<http://doi.org/10.1007/s11195-016-9440-1>
- O'Brien, M. (1990). On seeing a sex surrogate. The Sun Magazine. Převzato 26. 7. 2016 z http://thesunmagazine.org/issues/174/on_seeing_a_sex_surrogate
- Mo Opočenská, L. (2014). Fenomén zdravotního postižení a jeho obraz v tištěných médiích (Diplomová práce). Praha.

- Oxford Dictionaries (2016). "Definition of Lookism in English:." Převzato 26. 7. 2016 z
<http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/lookism>
- Pančocha, K. (2013). *Postižení jako axiologická kategorie sociální participace*. Brno: Masarykova univerzita.
- Posavac, H. D., Posavac, S. S., & Weigel, R. G. (2001). Reducing the Impact of Media Images on Women At Risk For Body Image Disturbance: Three Targeted Interventions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(3), 324–340. <http://doi.org/10.1521/jscp.20.3.324.22308>
- Rapala, S., & Manderson, L. (2005). Recovering In-validated Adulthood, Masculinity and Sexuality. *Sexuality and Disability*, 23(3), 161–180. <http://doi.org/10.1007/s11195-005-6731-3>
- Romaňach, J., & Lobato, M. (2005). Functional diversity, a new term in the struggle for dignity in the diversity of the human being. Independent Living Forum. Převzato 26. 7. 2016 z
<http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/zavier-Functional-Diversity-Romanach.pdf>
- Sanders, T. (2006). Female sex workers as health educators with men who buy sex: Utilising narratives of rationalisations. *Social Science & Medicine*, 62(10), 2434–2444.
<http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.033>
- Sexuální asistence (2014). O projektu [Online]. Převzato 26. 7. 2016 z <http://sexualniasistence.org/o-projektu>
- Sexuální asistence (2016). Sexuální asistence [Online]. Převzato 26. 7. 2016 z
<http://sexualniasistence.org/sex-asistence>
- Shakespeare, T. (1998). Choices and Rights: Eugenics, genetics and disability equality. *Disability & Society*, 13(5), 665–681. <http://doi.org/10.1080/09687599826452>
- Shakespeare, T. (1999). The Sexual Politics of Disabled Masculinity. *Sexuality and Disability*, 17(1), 53–64. <http://doi.org/10.1023/A:1021403829826>
- Shakespeare, T. (2000). Disabled Sexuality: Toward Rights and Recognition. *Sexuality and Disability*, 18(3), 159–166. <http://doi.org/10.1023/A:1026409613684>

- Shakespeare, T., Gillespie-Sells, K., & Davies, D. (1996). *The sexual politics of disability: untold desires*. London: Cassell.
- Shildrick, M. (2005). Unreformed Bodies: Normative Anxiety and the Denial of Pleasure. *Women's Studies*, 34(3–4), 327–344. <http://doi.org/10.1080/00497870590964219>
- Shuttleworth, R. (2000). The Search for Sexual Intimacy for Men with Cerebral Palsy. *Sexuality and Disability*, 18(4), 263–282. <http://doi.org/10.1023/A:1005646327321>
- Shuttleworth, R., Wedgwood, N., & Wilson, N. J. (2012). The Dilemma of Disabled Masculinity. *Men and Masculinities*, 15(2), 174–194. <http://doi.org/10.1177/1097184X12439879>
- Snell, W. E., & Papini, D. R. (1989). The sexuality scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *Journal of Sex Research*, 26(2), 256–263. <http://doi.org/10.1080/00224498909551510>
- Swain, J. (Ed.). (2004). *Disabling barriers--enabling environments* (2nd ed). London ; Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications.
- Šídová, L., Poláková, J., & Malinová, H. (2013). *Ze sexybyznysu na trh práce?: přenos znalostí v oblasti legálního uchopení prostituce a jeho dopad na trh práce*. Brno: Rozkoš bez rizika.
- Šrámková, T. (2013). *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada.
- Taleporos, G., & McCabe, M. P. (2001). Physical Disability and Sexual Esteem. *Sexuality and Disability*, 19(2), 131–148. <http://doi.org/10.1023/A:1010677823338>
- Taleporos, G., & McCabe, M. P. (2002a). Development and Validation of the Physical Disability Sexual and Body Esteem Scale. *Sexuality and Disability*, 20(3), 159–176. <http://doi.org/10.1023/A:1021441631385>
- Taleporos, G., & McCabe, M. P. (2002b). The Impact of Sexual Esteem, Body Esteem, and Sexual Satisfaction on Psychological Well-Being in People with Physical Disability. *Sexuality and Disability*, 20(3), 177–183. <http://doi.org/10.1023/A:1021493615456>

- Tepper, M. S. (1999). Letting Go of Restrictive Notions of Manhood: Male Sexuality, Disability and Chronic Illness. *Sexuality and Disability*, 17(1), 37–52.
<http://doi.org/10.1023/A:1021451712988>
- Tepper, M. S. (2000). Sexuality and Disability: The Missing Discourse of Pleasure. *Sexuality and Disability*, 18(4), 283–290. <http://doi.org/10.1023/A:1005698311392>
- Thomas, A., Bax, M., & Smyth, D. P. L. (1989). *The health and social needs of young adults with physical disabilities*.
- Thompson, N. (2012). *Anti-discriminatory practice: equality, diversity and social justice* (5th ed). Houndmills, Basingstoke ; New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Thorová, K., & Jůn, H. (2012). *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, střední Čechy.
- Urbančíková, B. (2015). *Sexuální asistence u handicapovaných* (Diplomová práce). Brno.
- Vance, C. S. (Ed.). (1984). *Pleasure and danger: exploring female sexuality*. Boston: Routledge & K. Paul.
- Venglářová, M., & Eisner, P. (2013). *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál.
- Vodáčková, D. (2012). *Krizová intervence*. Praha: Portál.
- Volfová, I., Kozáková, Z., & Velemínský, M. (2008). *Prevence sexuálního zneužívání dětí a adolescentů se specifickými potřebami*. Praha: Triton.
- Vrublová, Y. (2005). *Sexualita - přirozená potřeba: malý průvodce pro zdravotníky, učitele a rodiče*. Brno: Akademické nakladatelství CERM.
- Weiss, P. (2010). *Sexuologie*. Praha: Grada.
- Weiss, P., & Fifková, H. (2010). Poruchy pohlavní identity v dětství a v dospívání. *Pediatric Pro Praxi*, 11(3), 174-176.
- Whipple, B., Richards, E., Tepper, M., & Komisaruk, B. R. (1996). Sexual response in women with complete spinal cord injury. *Sexuality and Disability*, 14(3), 191–201.
<http://doi.org/10.1007/BF02590077>

- WHO (1981). *Disability prevention and rehabilitation*. Geneva: World Health Organization.
- Wiegerink, D., Roebroek, M., Bender, J., Stam, H., & Cohen-Kettenis, P. (2011). Sexuality of Young Adults with Cerebral Palsy: Experienced Limitations and Needs. *Sexuality and Disability*, 29(2), 119–128. <http://doi.org/10.1007/s11195-010-9180-6>
- Wilkerson, A. L. (Abby L. (2002). Disability, Sex Radicalism, and Political Agency. *NWSA Journal*, 14(3), 33–57. <http://doi.org/10.1353/nwsa.2003.0018>
- World Health Organisation (2006). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva. Převzato 26. 7. 2016 z http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf?ua=1
- Zaviršek, D. (2002). Pictures and silences: memories of sexual abuse of disabled people. *International Journal of Social Welfare*, 11(4), 270–285. <http://doi.org/10.1111/1468-2397.00237>
- Zilbergeld, B. (1999). *The new male sexuality* (Rev. ed). New York: Bantam Books.